

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Mateus do Amaral Batista

**A política nacional de saúde integral da população negra numa
unidade saúde da família: compartilhando saberes**

SANTOS – SP

2018

Amaral, B. Mateus

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra numa unidade Saúde da Família: compartilhando saberes/ Mateus do Amaral Batista, 2018.

37 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Terapia Ocupacional) -

Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, 2018.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Maria Pezzato

Co-orientadora: Profa. Dra. Debora Galvani

1. Saúde da população negra. 2. Racismo institucional. 3. Política de saúde. 4. Atenção básica de saúde. 5. Pesquisa qualitativa.

Mateus do Amaral Batista

**A política nacional de saúde integral da população negra numa
unidade saúde da família: compartilhando saberes**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Terapia
Ocupacional da Universidade Federal de
São Paulo – Campus Baixada Santista –
como parte dos requisitos para obtenção do
título de bacharel em Terapia Ocupacional

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Maria Pezzato

Co-orientadora: Profa. Dra. Debora Galvani

SANTOS – SP

2018

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Profa. Dra. Luciane Maria Pezzato, pela trajetória que construímos durante a graduação, pelos aprendizados, pela atenção, a confiança, dedicação e parceria durante a elaboração deste trabalho.

A minha co-orientadora, Profa. Dra. Debora Galvani, que aceitou compartilhar seus saberes comigo e o estudo.

A Profa. Ana Celia Nunes, por me apresentar a temática e incentivar à estudá-la.

A Profa. Dra. Luciana Togni de Lima e Silva Surjus, por aceitar avaliar o trabalho e estar presente em momentos especiais da graduação.

A Laís Helena Dutra, pela parceria construída entre campos e campus.

Meus sinceros agradecimentos para minha família, que mesmo de longe, sempre estiveram ao meu lado, sonhando junto comigo, apoiando de muitas formas, por cuidarem de mim e nunca deixarem eu desistir. Eu amo vocês incondicionalmente.

A Samuel Matos, por seu meu melhor parceiro, ter acompanhado todo esse processo e mesmo assim ter paciência em todos os momentos em que precisei me dedicar à escrita e não aos abraços; por me ensinar amar intensamente. Gratidão.

A minha segunda família; Joyce de Paula, Eliana Dantas, Juliana Dantas, Kamilla Fernandes, Kamila Rocha, Bianca Kiki, Mayara Fidalgo e Camila Garcia.

A turma 10 de Terapia Ocupacional, espero que nossa rede se permaneça, e que possamos nos encontrar em nos caminhos que iremos trilhar.

E a todos que estão na torcida.

Muito obrigado, sem cada um de vocês, nada disso seria possível.

Gratidão.

RESUMO

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é um marco histórico para saúde, e será o guia principal desse estudo, pois seu maior objetivo é oferecer suporte para o SUS, a fim de garantir que suas diretrizes sejam de fato eficazes para as pessoas que por conta do racismo institucional são submetidas a exclusão de direitos e acessos a saúde. Esta pesquisa teve início com a Iniciação Científica cujo o objetivo foi identificar qual o conhecimento e percepções que os trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família do município de Santos-SP tinham sobre a PNSIPN. Dando continuidade à pesquisa neste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), nosso objetivo é propor ações de diálogos a fim de promover visibilidade da PNSIPN entre os/as usuários e trabalhadoras da mesma unidade saúde da família. Optamos por realizar um estudo qualitativo, de caráter participativo, exploratório e narrativo. O diário de campo foi nossa ferramenta para o registro das percepções do pesquisador em todo o trabalho de campo. As oficinas foram gravadas e transcritas, após anuência de todos os envolvidos. Pretende-se com este estudo uma maior aproximação das propostas desta política com trabalhadores e usuários deste serviço, possibilitando sua implementação.

Palavras chaves: saúde da população negra; racismo institucional; política de saúde; atenção básica de saúde, pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

The National Policy of Integral Health of the Black Population (NPIHBP), is a milestone for health, and will be the main guide of this study, because your main objective is to provide support for the SUS (UNIQUE SYSTEM OF HEALTH), in order to ensure that its guidelines are actually effective for people who because of institutional racism are subjected to exclusion of rights and access to health. This research began with the scientific research whose goal was to identify what knowledge and perceptions that employees of a family health unit of the municipality of Santos-SP had on the NPIHBP Continuing research in this monography, our goal is to propose actions of dialogues in order to promote visibility of the NPIHBP users and workers in the same family health unit. We chose to carry out a qualitative study, participatory, exploratory character and narrative. The diary was our tool for the record of the perceptions of the researcher in any field work. The workshops were recorded and transcribed, after agreement of all involved. It is intended with this closer study of the proposals of this policy with employees and users of this service, allowing your implementation.

Key words: Black Population's Health; Institutional Racism; Health Policy; Primary Health Care; Qualitative Research.

LISTA DE SIGLAS

1. PNSIPN: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
2. SUS: Sistema Único de Saúde;
3. PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento;
4. PCRI: Programa de Combate ao Racismo Institucional;
5. ESF: Estratégia de Saúde da Família;
6. CNS: Conselho Nacional de Saúde;
7. APS: Atenção Primária de Saúde;
8. ABS: Atenção Básica de Saúde;
9. Unidade de Saúde da Família (USF);
10. NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família;
11. AC: Análise de conteúdo;
12. IC: Iniciação Científica;
13. SMS: Secretaria Municipal de Saúde;
14. TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1- INTRODUÇÃO	8
2- A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA	13
3- ATENÇÃO PRIMÁRIA, SAÚDE DA FAMÍLIA E TERAPIA OCUPACIONAL	15
4- JUSTIFICATIVA	17
5- OBJETIVOS	22
5.1- OBJETIVO GERAL	22
5.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
6- METODOLOGIA	23
6.1- O TRABALHO DE CAMPO E PRODUÇÃO DOS DADOS	25
6.2- ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS	27
6.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	28
7- DISCUSSÃO E ANÁLISE	29
7.1- DESCONHECIMENTO DA PNSIPN	29
7.2- MITO DA DEMOCRACIA RACIAL: “SOMOS TODOS IGUAIS”	31
7.3- DIFICULDADE EM PENSAR/CONCRETIZAR AÇÕES AS DIRETRIZES DA PNSIPN	34
8- CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
10- ANEXOS	46

1- INTRODUÇÃO

No Brasil, ao falar sobre saúde pública existe um longo processo histórico percorrido, que acompanhou de forma simultânea o processo de democratização no país, tornando-se após inúmeras lutas dos movimentos sociais, em um sistema de saúde que fosse capaz de superar as desigualdades presentes, promover equidade, e com isso buscar garantir uma atenção à saúde abrangente e universal. O resultado desses desafios se concretizou no que chamamos hoje de Sistema Único de Saúde (SUS), onde com sua criação e implantação (1990), a saúde passa a ter um conceito ampliado, deixando de ser um benefício para um direito, e mais do que isso, um dever do Estado.

Ao analisar esses dados histórico da construção da saúde pública no Brasil, pode-se perceber a importância que os movimentos populares tiveram, e que para eles estarem presente nas ruas, reivindicando melhores condições e qualidade de vida, foi preciso que nos anos anteriores, que a saúde brasileira passasse a ser encarada por outro jeito, com um olhar ampliado. Nesse contexto, a saúde por muito tempo era vista apenas no seu sentido curativo, a ausência de doença era o único precursor de saúde. No início da república, os sanitaristas e outros técnicos eram responsáveis por organizarem campanhas para lutar contra as epidemias que assolavam o Brasil, como por exemplo a febre amarela, evidenciando os primeiros passos do que poderia ser considerado como saúde pública. Logo, a década de 1930 é marcada pela instalação de centros e postos de saúde, estabelecendo assim formas mais permanentes de atuação, assim também como a criação de outros programas, como pré-natal e vacinação. Cabe ressaltar, que nessa década a assistência era voltada para os segmentos mais pobres da população, e os segmentos mais afortunados procuravam o cuidado de saúde nos consultórios médicos privados. As próximas décadas é dado o segmento e ampliação dessa lógica, instalando redes hospitalares e mantendo-se a assistência individual focada na racionalidade biomédica, curativa, com baixa resolutividade. Neste período a prevenção era baseada nas campanhas sanitária.

A partir da década de 1980 se tem:

Vários municípios organizaram redes de unidades de saúde para atenção primária com a ajuda das universidades, como Niterói, Londrina, Campinas e outros. Essas experiências serviram de base para o movimento da reforma Sanitária que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. As diretrizes dessa Conferência ganharam forma de lei na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) e transforma-se em objetivos a serem perseguidos pela reorganização de um Sistema Único de Saúde (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007, p.31).

Reforçado pela constituição, em que destaca:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.153).

A dimensão das desigualdades que assolam o Brasil, sua complexidade e capacidade de refletir nos processos de saúde da população é tão grande, que para a população negra, foi preciso que caminhasse conjuntamente com as reivindicações sociais dos anos 80, o movimento social negro, que ao mesmo tempo que somava e pedia junto com a população direitos básicos comuns, onde possuía as suas especificidades e a reconquista de direitos retirados resultado de anos anteriores. Contudo, a criação e implementação do SUS, apesar de um marco significativo para a saúde dos brasileiros, não foi o suficiente para garantir a atenção à saúde da população negra de modo significativo, dessa forma, foi necessário que o Movimento negro continuasse nessa luta, para que assim finalmente as diretrizes do SUS os atingisse.

A seguir apresentamos a linha do tempo dessa trajetória de conquistas no campo da saúde da população negra:

- 1980/1990: Desenvolvimento de campanhas nacionais – Não matem nossas crianças, denúncia contra ação de grupos de extermínio responsável por altas taxas de mortalidade de crianças e adolescente negros;
- 1992: Quesito cor no sistema municipal de informação SP/SP;
- 1995: Realização pelo Movimento Negro brasileiro da Marcha Zumbi dos Palmares contra o racismo, pela cidadania e pela vida, que incluía a criação de políticas para a saúde da população negra; A partir deste ano, a atenção a doença falciforme passa a ser utilizada como marcador da qualidade das respostas do SUS à saúde da população negra;
- 1996: Realização da Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra pelo Ministério da saúde; Inclusão do quesito cor nas declarações de nascidos vivos e de óbito nos sistemas nacionais de informação sobre mortalidade (SIM), nascidos vivos (SINASC) e sujeitos de pesquisa;
- 2000: Pré-Conferência Cultura e Saúde da População Negra pela fundação Cultural Palmares e Ministério da saúde, Brasília;

- 2001: Workshop Inter-Agencial de Saúde da população negra, com representantes de todas as agências da ONU-Brasil e especialista na saúde dessa população. Este workshop resultou na proposta de Política Nacional de SPN: uma questão de equidade. Criação do Programa de Combate ao Racismo Institucional/PCRI do Ministério da Cooperação do Reino Unido/DFID e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD;
- 2003: Secretaria Especial de Políticas de promoção de Igualdade Racial/SEPPIR firma um termo de compromisso com o ministério da Saúde;
- 2006: Conselho Nacional de Saúde aprova por unanimidade a criação da POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA/PNSIPN.
- 2007: Realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, onde solidifica-se a compreensão da PNSIPN como um dos principais instrumentos de consolidação da equidade no SUS;
- 2009: Publicação no diário da Portaria 992 do Ministério da Saúde, que oficializa a na PNSIPN;
- 2010: O conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde afirma publicamente seu compromisso com a equidade em saúde e divulga a PNSIPN no seu XXVI Congresso Nacional. Aprovado o Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288), que inclui em seu texto, a PNSIPN.

Quando analisamos o processo histórico da saúde no Brasil até a implantação do SUS, podemos identificar um grande salto de melhorias, principalmente quando comparamos o aumento no acesso aos cuidados de saúde. Uma pesquisa realizada em 1981, ou seja, antes da criação SUS, pela PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) revelou que antes da implantação do sistema, apenas 8% da população afirmavam ter usado algum serviço de saúde nos últimos trinta dias, e em 2008, o uso de serviços de saúde nos últimos 15 dias foi de 14,2%, o que representa um aumento de 174%. Ademais, outra recém pesquisa da mesma instituição (2017) apresenta que; o que se observa a partir dos resultados alcançados é que tanto no caso do IDHM;

(...) quanto dos subíndices de Longevidade, Educação e Renda, e para todas as localidades analisadas, os dados desagregados confirmam as disparidades sociais existentes entre os grupos, e evidenciam melhores resultados para brancos, homens e população urbana. (BRASIL, 2017, pag. 19).

Continuadamente, o mesmo estudo revela que no Brasil, somente em 2010 o IDHM (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil) dos negros se aproximou ao IDHM dos brancos observado para o ano de 2000 (PNUD,2017). Noutras palavras, o IDHM da população negra levou 10 anos para equiparar-se ao IDHM dos brancos. Na atualidade, o mesmo estudo denota que, ao comparamos os 26 estados federais da união, temos um quadro para a população negra de: 19 deles no Médio Desenvolvimento Humano e 8 na faixa de Alto. Para a população branca, 3 estavam na faixa do Muito Alto, 23 em Alto Desenvolvimento e 2 na faixa de médio. Realizando um recorte de municípios é revelado que há 50 municípios brasileiros em que ao menos o IDH da população branca é considerado muito alto. Porém, a pesquisa aponta que absolutamente nenhum município do país a população negra chega a ter a mesma oportunidade. Conforme apontam Gomes, et al. (2013. p.1830) “O SUS tem avançado no cumprimento dos seus princípios e na produção de serviços, mas ainda são observadas desigualdades geográficas e sociais no acesso, utilização e qualidade de serviços”.

Ao resgatar, analisar e comparar os dados históricos de saúde da população negra, primeiramente ratificamos a importância que teve o movimento negro brasileiro, pois as conquistas resultaram na possibilidade de reafirmarmos como um país racista, e assim passar a requerer a integralidade dos negros na sociedade de classes. O reconhecimento veio:

Nas pesquisas de percepção, que apontam que 87% da população brasileira afirma que o Brasil é um país racista; na criação de uma Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial com status de Ministério, a qual inspirou a criação de outras tantas nos níveis municipal e estadual; na formulação de políticas públicas para o enfrentamento do racismo, inclusive as cotas raciais nas Universidades; na ampliação e no aprofundamento de pesquisas e estudos em diversos campos a respeito do racismo, de suas manifestações e impactos; nos dados demográficos, nos registros administrativos; e agora, até nos dados eleitorais desagregados por raça/cor (BRASIL, 2017, p. 09).

O racismo é um fenômeno complexo caracterizado por diferentes manifestações a cada tempo e lugar. Seu caráter ideológico atribui significado social a determinados padrões de diversidades fenotípicas e/ou genéticas e imputa características negativas ao grupo com padrões “desviantes”, que justificam o tratamento desigual. (LOPES, 2005) O racismo é uma programação social e ideológica a qual todos estão submetidos. Uma vez programadas as pessoas reproduzem atitudes racistas, consciente ou

inconscientemente atitudes que, em certos casos, são inteiramente opostas à sua opinião. Para Werneck (2005), o racismo é um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades, especialmente no campo da saúde. O racismo tem relação com as condições em que a pessoa nasce, com sua trajetória familiar e individual, condições de vida e moradia, condições de trabalho, emprego, renda e de acesso à informação e aos bens e serviços. Ao configurar-se em espaços como órgãos públicos, governamentais, corporações empresariais privadas e universidades é denominado como racismo institucional, que sua definição foi adotada pelo Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) como:

O racismo institucional é o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (BRASIL, 2007, p.22).

No Brasil, não há como negar o peso que as desigualdades e vulnerabilidade sociais tem nos diversos âmbitos de vida da população. No presente estudo, fica evidenciado que existe desigualdades importantes entre a saúde de pessoas brancas e negras, e sua dimensão étnico-racial nos profundos problemas sociais que assolam o país, “(...) bloqueando relações, possibilidades de participação, inibindo aspirações, mutilando práxis humana, acentuando a alienação de uns e de outros indivíduos e coletividades” (IANNI, 2004, p. 23), nesse sentido, Farias; Leite; Costa, (2018, p.230), contempla quando refere o “racismo estruturado nas relações sociais tende a anular qualquer potência do sujeito negro sobre sua existência real, sua ancestralidade, sobre sua criatividade de existir e sentir prazer, de propor ideias que legitimem sua identidade racial”. Essa realidade tem determinado dentro das diretrizes do SUS diferenças importantes no acesso e na assistência nas diferentes esferas da sociedade. O racismo minimiza as possibilidades de diálogo das pessoas com os serviços, interfere na autoestima e, conseqüentemente, contribui de forma decisiva na saúde (SILVA, 2005; LOPES, 2005).

O cenário descrito, resulta na instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que vai servir como essência e base do presente estudo.

Como já citado anteriormente, ela foi criada em 2006 e implantada em 2009, e que, antes de tudo, reconhece todos processos históricos de luta e resistência desta população desde o período colonial, até a atualidade. Reconhece a influência que o racismo tem nas condições sociais da população e o seu impacto na saúde,

A redução das desigualdades sociais, considerando como causas determinantes e condicionantes de saúde: modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros, podem estar associados ao racismo e a discriminação social” (BRASIL, 2009).

A PNSIPN vem com a finalidade de oferecer um maior suporte ao SUS, com diretrizes para repensar sobre seus princípios – universalidade, integralidade e equidade – com o objetivo geral de promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

Contudo, propomos realizar este projeto alinhado com a pesquisa *Ética do cuidado e construção de direitos: acolhimento psicossocial em práticas da saúde da família em situações de exclusão social*, aprovado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-FAPESP, que tem como objetivo geral: Analisar e discutir processos de politização do acolhimento psicossocial a partir dos sentidos atribuídos ao cuidado de si, do outro e da comunidade por meio das práticas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) desenvolvidas em contexto de exclusão social. Tal projeto, ofereceu subsídios para a pesquisa proposta no momento de pensar sobre a relação ético-profissional e racismo institucional, tanto no sentido teórico referencial, quanto prático. Espera-se desse estudo contribuir para a compreensão e reflexão das diretrizes do SUS e da importância da PNSIPN como um rico instrumento e como sua implantação pode vir a combater ao racismo institucional.

2- A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

No presente momento, apresentamos o direito à saúde como razão constitucional e condição para o exercício pleno da cidadania, que para a população negra foi resultado de lutas históricas pela democratização da saúde, protagonizada pelos movimentos sociais, destacado no estudo o movimento negro. A PNSIPN reconhece as desigualdades étnico-raciais e também o racismo institucional como determinantes

sociais das condições de saúde, doença, cuidado e morte, e portanto tem como objetivo maior combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no Sistema Único de Saúde, bem como também promover a equidade em saúde da população negra. Do ponto de vista da Política:

O racismo institucional constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes da ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas. Em qualquer caso, sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pela ação das instituições e organizações. (BRASIL, 2009, p.30).

Os princípios e diretrizes do PNSIPN estão fortemente atrelados aos do SUS, pois a política não foi construída para servir como substituta das ações que o SUS prevê. A construção desta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1.º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4.º, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5.º, caput) (BRASIL, 2009). Em suas diretrizes encontramos:

Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2009, pag.14).

A PNSIPN está inserida dentro da dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidaria e participativa, que busca reduzir as desigualdades raciais, incluir grupos socialmente vulneráveis, complementar, aperfeiçoar e viabilizar a política universal no âmbito da saúde pública, utilizando seus instrumentos de gestão e observando as especificidades do processo saúde-doença da população (BATISTA; MONEITERO; MEDEIROS, 2013). Contudo, as formas na qual o racismo institucional aparecem no serviços de saúde do SUS podem ser variadas e perpetuada de maneiras diferentes, seja quando não coletam adequadamente o quesito cor nos sistemas de informação ou quando retiram dos resultados de coleta. Aparece também ao não analisarem essas informações, não incluir as questões étnico-racial e racismo nas ações de educação permanente em saúde, ausência do recorte étnico racial na produção de informações, ausência da população negra nos materiais promocionais, falta de investimento na formação de profissionais e quando não divulgam ou implementam a política nacional de saúde integral da população negra. Nesse sentido, a PNSIPN vem

com o propósito de garantir maior grau de equidade e no que tange a efetivação do direito humano à saúde, no âmbito do combate às iniquidades e essencialmente aperfeiçoamento do SUS.

A PNSIPN, quando articulada no interior do SUS, busca reduzir as desigualdades raciais, incluir grupos socialmente vulneráveis, complementar, aperfeiçoar e viabilizar a política universal no âmbito da saúde pública, utilizando seus instrumentos de gestão e observando as especificidades do processo saúde-doença da população (BATISTA; MEDEIROS; MONTEIROS, 2013, pag.683).

Quanto aos instrumentos de gestão e estratégias da é estabelecido:

Utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial. (BRASIL, 2009, p.39).

Portanto, trata-se de uma política transversal, com propósito de oferecer subsídios complementares para as ações já previstas no SUS, e principalmente, reafirmar, os princípios constantes da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, tais como: a universalidade do acesso em todos os níveis de assistência, a integralidade da atenção e igualdade da atenção à saúde, no sentido de promover melhorias das condições de saúde dessa população negra que utiliza os serviços de saúde.

3- ATENÇÃO PRIMÁRIA, SAÚDE DA FAMÍLIA E TERAPIA OCUPACIONAL

A atenção primária (APS) ou atenção básica em saúde (ABS), no Brasil é empregada como a “porta de entrada” da população no Sistema Único de Saúde, esse modelo de atenção à saúde no país foi desenvolvido e ganha destaque na política nacional a partir da consolidação do SUS (1990). Em termos históricos, destacando iniciativas do Ministério da Saúde com ênfase na atenção primária que surgem no momento em que foram estabelecidos os Programas de Agentes Comunitários e Saúde (Pacs) em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, na qual, objetivava ampliar ações da rede básica, tendo como alvo as demandas individuais e grupais com o foco no cuidado integrado e contínuo (BATISTELLA, 2007, pag. 61). Acompanhando a linha histórico, tem-se a Política Nacional da Atenção Básica criada em 28 de março de

2006, por meio da Portaria nº 648/GM, e passou por uma revisão de suas diretrizes e normas em 21 de outubro de 2011, de acordo com a Portaria nº 2.488, cujos fundamentos são direcionados a proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistema de saúde nacionais, contrapondo em um modelo prevenido, coletivo, territorialidade e democrático.

Por último, em 2008, criou-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituído por equipes multiprofissionais, inclusive de terapia ocupacional para atuar em conjunto com os profissionais das equipes de saúde da família, com o objetivo de ampliar o escopo e a resolutividade de atenção aos usuários. Tal fato possibilitou a inserção dos terapeutas ocupacional na atenção básica em nível nacional, que numa crescente, já vinham desde o final da década de 1990, atuando em maior número na ABS, com proposta de atenção integral através de ações de prevenção, promoção e reabilitação, em consonância com as diretrizes políticas vigentes (PAIVA, et al. 2013).

Para Santos e Santos, a APS é uma estratégia flexível caracterizada por meio do primeiro contato entre usuários e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em processo contínuo; está organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária para proteger, restaurar e reabilitar a saúde do indivíduo, família e comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde. Enquanto a PSF também inserida na lógica da atenção primaria, é considerada uma estratégia fundamental para a organização e o fortalecimento desse modelo de atenção à saúde, além de propor que a equipe multidisciplinar assuma a responsabilidade sobre um território onde vivem e trabalham um quantitativo de pessoas, tendo como foco de intervenção a família, buscando imprimir uma atenção continuada, intersetorial e resolutiva com base nos princípios da promoção da saúde (BRASIL, 1999).

Uma característica importante, em relação essa forma de atenção à saúde, de suma relevância, é a relação dos profissionais de saúde com o território, em outras palavras, o vínculo que o serviço estabelece com a comunidade e como isso se traduz em benefício ao serviço e usuárias (os). Aspecto, na qual, o estudo pouco a pouco, principalmente em parceria com a pesquisa “ética do cuidado e construção do direito” possibilitou inserções parciais, tanto no que diz respeito a equipe de saúde da USF, quanto na comunidade.

Santos e Santos (2013), também salientam esse aspecto, quando partilha da importância da vinculação dos profissionais com a comunidade, especialmente com o entendimento da complexidade do sujeito, que se relaciona ao desenvolvimento econômico, social, subjetivo, de gênero e étnico-racial e como essas diversidades ao serem compreendidas possam a vir contribuir a correção de iniquidades decorrentes de discriminação, além disso ser fundamental para implementação de políticas públicas, com destaque as políticas de promoção de igualdade racial.

A terapia ocupacional, que nasceu e se constituiu seus profissionais no modelo biomédico, se vê desafiada a construir um novo campo de conhecimento que passa a ser fruto da dialética entre o núcleo específico da categoria e a saber advindo da saúde coletiva. Mesmo assim, observa-se que, inúmeros trabalhos e experiências ao longo desses anos de implementação, tem mostrado grande contribuição da Terapia Ocupacional no caminho da equipe interdisciplinar e da integralidade da assistência.

Para Nunes (2009), a terapia ocupacional na atenção básica à saúde prioriza os contextos de vida dos indivíduos assistidos em suas intervenções. Sua inserção na ESF se dá por meio do desenvolvimento de ações na comunidade, domicílio e, primordialmente, nos dispositivos comunitários e sociais, o que colabora para a ampliação da promoção de saúde além dos limites físicos e institucionais. Nesse sentido, a formação e a prática profissional do terapeuta ocupacional corresponde perfeitamente no campo de atuação na atenção básica, estando ela voltada para ações e projetos de prevenção, promoção e recuperação da saúde em prol da melhoria da qualidade de vida da comunidade.

4- JUSTIFICATIVA

O presente trabalho, surgiu a partir dos questionamentos sobre a situação de saúde da população negra, enquanto realizava um curso online da Universidade Aberta do SUS – UNA SUS. O curso “Saúde da População Negra” é uma iniciativa do Ministério da Saúde, atendendo a uma demanda para criação deste curso que veio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), responsável pela aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Somado à esta experiência, no decorrer dos módulos cursados nestes quatro anos do curso de Terapia Ocupacional da Unifesp, campus Baixada Santista, tivemos contato com diferentes populações que vivem em áreas de grande vulnerabilidade social. Neste processo, percebo que a população negra se faz presente nesses espaços com grande

predominância, porém não tivemos conhecimento sobre a implantação da PNSIPN no município de Santos-SP. Não conseguimos dados precisos sobre a tamanho e proporção da população negra no município de Santos, mas é considerável a presença da população negra, no município.

A PNSIPN é um marco histórico para saúde, e será o guia principal desse estudo, pois seu maior objetivo é oferecer suporte para o SUS, a fim de garantir que suas diretrizes sejam de fato eficazes para as pessoas que por conta do racismo institucional são submetidas a exclusão de direitos e acessos a saúde. Ademais, mesmo sendo um ganho significativo e com uma proposta de mudar realidades, pouco se conhece da PNSIPN na prática, o que reforça as iniquidades em saúde.

Nesse sentido, o projeto proposto vem na perspectiva em proporcionar visibilidade e identificar qual as percepções acerca da PNSIPN numa Unidade de Saúde da Família, situada num território de grande vulnerabilidade social.

Segundo publicação no site do município de Santos, há uma área técnica da saúde da população negra dentro da Secretaria Municipal de Saúde, responsável por capacitar profissionais de saúde a fim de atender as especificidades da população negra e o combate ao racismo institucional. Esta área surgiu como um atendimento à reivindicação do movimento negro presente no município. Há também uma coordenadoria da Promoção da Igualdade Racial na Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SANTOS, 2017).

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, (2013),

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal da população negra, em 2010, é de 0,770, o que situa essa parcela da população de Santos na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). O IDHM da população branca é de 0,865, que a situa na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Alto (IDHM entre 0,800 e 1). Em números absolutos, a diferença entre ambos é de 0,095.

Desagregação por Cor

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Ajustado à renda do Trabalho e seus componentes - Município - Santos – SP

IDHM e componentes	N/2000	B/2000	N/2010	B/2010
IDHM Educação	-	-	0,713	0,852

% de 18 anos ou mais com fundamental completo	-	-	63,04	80,22
% de 5 a 6 anos na escola	-	-	96,74	97,72
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	-	-	94,38	96,14
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	-	-	66,74	83,71
% de 18 a 20 anos com médio completo	-	-	45,80	73,64
IDHM Longevidade	-	-	0,850	0,855
Esperança de vida ao nascer	-	-	76,01	76,28
IDHM Renda	-	-	0,754	0,888
Renda per capita	-	-	875,04	2.003,22

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010

Longevidade, mortalidade e fecundidade

Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Município - Santos – SP

	N/2000	B/2000	N/2010	B/2010
Esperança de vida ao nascer	-	-	76,0	76,3
Mortalidade infantil	-	-	14,5	13,0
Mortalidade até 5 anos de idade	-	-	16,3	14,6
Taxa de fecundidade total	-	-	1,5	1,1

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010

Crianças e Jovens

Educação - Município - Santos – SP

	N/2000	B/2000	N/2010	B/2010
Taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais	-	-	4,66	1,40
Fundamental incompleto e analfabeto	-	-	5,35	1,55
Fundamental incompleto e alfabetizado	-	-	34,98	19,98
Fundamental completo e médio incompleto	-	-	18,09	12,86
Médio completo e superior incompleto	-	-	31,08	32,01
Superior completo	-	-	10,50	33,60

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010

Escolaridade	Negro s	Branco s
--------------	------------	-------------

Fundamental incompleto e analfabeto	5,35%	1,55%
Fundamental incompleto e alfabetizado	34,98%	19,98%
Fundamental completo e médio incompleto	18,09%	12,86%
Médio completo e superior incompleto	31,08%	32,01%
Superior completo	10,50%	33,60%

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010

Renda

Renda, Pobreza e Desigualdade - Município - Santos – SP

	N/2000	B/2000	N/2010	B/2010
Renda per capita	-	-	875,04	2.003,22
Rendimento médio dos ocupados - 18 anos ou mais	-	-	1.287,27	2.609,10
% de extremamente pobres	-	-	1,18	0,38
% de pobres	-	-	4,80	1,46
Índice de Gini	-	-	0,48	0,54

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010

Trabalho

Ocupação da população de 18 anos ou mais - Município - Santos – SP

	N/2000	B/2000	N/2010	B/2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	-	-	71,13	61,73
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	-	-	9,02	6,80
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	-	-	72,06	76,18

Nível educacional dos ocupados

% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	-	-	69,63	88,82
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	-	-	50,06	78,08

Rendimento médio

% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	-	-	10,31	6,24
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais	-	-	63,76	37,19
% dos ocupados com rendimento de até 3 s.m. - 18 anos ou mais	-	-	91,24	71,23

5 s.m. - 18 anos ou mais

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010

Habitação

Indicadores de Habitação - Município - Santos – SP

	N/2000	B/2000	N/2010	B/2010
% da população em domicílios com água encanada	-	-	98,81	99,10
% da população em domicílios com energia elétrica	-	-	99,90	99,96
% da população em domicílios com coleta de lixo	-	-	99,60	99,84

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010

Os dados apresentados reafirmam numericamente a disparidade existente entre a população branca quando comparada com a população negra, onde a segunda, de um modo geral é afetada em grande parte de suas esferas sociais, no que diz respeito à renda, longevidade e educação. Em outras palavras, podemos dizer que a vida da população negra é firmada com a característica do atravessamento e presença da desigualdade racial.

5- OBJETIVOS

5.1- OBJETIVO GERAL

Promover visibilidade da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), com trabalhadores e usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Santos-SP.

5.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Colocar na pauta da equipe de saúde a PNSIPN e o racismo institucional;
- 2- Envolver os/as trabalhadores/as desta equipe na discussão desta temática.
- 3- Realizar uma rodas de conversa com a equipe de saúde e um grupo de usuários desta Unidade de Saúde sobre a PNSIPN.

6- METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa tem sido bastante enfatizada na área de saúde coletiva, por destacar a interdisciplinaridade e convocar a subjetividade em suas análises, de modo a refletir criticamente sobre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa reflexão ocorre com a emergência das ciências sociais e humanas na investigação em saúde, uma vez que as questões relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado estão associadas à existência humana, as quais nem sempre encontram respostas em métodos tradicionais de pesquisa (BOSI, 2012).

Optamos por realizar um estudo qualitativo, de caráter participativo, exploratório e narrativo. A análise dos dados produzidos foi realizada inspirada na reflexão da Análise de conteúdo (AC), que embora ela seja frequentemente utilizado tanto em pesquisas qualitativas quanto quantitativas, a diferença está no modo de operar, enquanto a abordagem quantitativa se traça uma frequência das características que se repetem no conteúdo do texto, a qualitativa se “considera a presença ou a ausência de uma dada características de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

O município de Santos possui 16 morros, que segundo o Censo (2010) cerca de 28.172 pessoas moram na região dos morros, o que equivale a 14,88% do total da população. No morro Santa Maria está inserida a Unidade de Saúde da Família (USF), composta por uma equipe de saúde, na qual realizamos esta pesquisa. No território observa-se a ocupação bastante heterogênea, incluindo áreas de ocupação residencial e também comercial, habitações precárias e também condomínios fechados e loteamentos de baixa densidade populacional, além dos aglomerados subnormais urbanos. O contexto histórico de ocupação heterogênea e de forma desordenada se desdobrou em um número significativo de pessoas vivendo em situação de risco e vulnerabilidade social, tornando-se relevante tanto a discussão sobre a presença do Estado e de políticas governamentais para garantia de boas condições de vida e saúde nesse território, como conhecer e discutir sobre a participação da comunidade nos processos de luta por direitos (DOS, 2011; SEADE, 2010).

Para a organização do projeto, foi acertado uma divisão no estudo em dois momentos, a primeira, que teve sua origem com a Iniciação Científica (IC), aprovada como bolsista no edital PIBIC 2017/2018, cumpriu com o objetivo de aproximar e introduzir com os (as) trabalhadores (as) da USF um diálogo acerca da PNSIPN, utilizando o espaço das reuniões de equipe para estabelecer essas conversas de trocas. O

segundo momento, demos continuidade com o TCC, uma vez que ele foi precursor da pesquisa. Nosso objetivo foi dar seguimento ao que foi levantado com a equipe, a partir da IC, e também realizar uma tentativa de levar essa aproximação para os usuários do serviço.

O princípio do processo, com a IC, foi marcado com nosso envolvimento na pesquisa *Ética do cuidado e construção de direitos: acolhimento psicossocial em práticas da saúde da família em situações de exclusão social*, que pudemos entrar em contato com a coordenação da Unidade ESF para apresentar a proposta desta investigação e verificar o interesse em participar, uma vez que observamos um número considerável de usuários negros na Unidade. Foi encaminhado para autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santos (outubro de 2017), que após 05 meses recebemos a aprovação e em seguida (março de 2018) fizemos a submissão do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Unifesp (CEP) e na Plataforma Brasil, para darmos início ao trabalho de campo. A aprovação do CEP se efetivou após 4 meses, na data 15 de junho de 2018. Durante o período em que aguardávamos a aprovação, tanto na SMS de Santos e quanto ao CEP, que totalizou em 09 (nove) meses de espera, fez com que o trabalho realizado inicialmente fosse a revisão da literatura, a fim de resgatar as temáticas tratadas e dar suporte ao trabalho em campo, destacando: a relação entre a ética do cuidado e a ética dos princípios, o trabalho na saúde da família e a saúde da população negra.

Por conta do tempo que aguardamos para obter as autorizações para realizar a pesquisa, tivemos um atraso considerável em nosso trabalho de campo, o que nos obrigou a alterar a metodologia e os objetivos iniciais do projeto de IC.

A partir da nossa vinculação com as ações da pesquisa *Ética do cuidado e construção de direitos: acolhimento psicossocial em práticas da saúde da família em situações de exclusão social*, aprovado no CEP nº0539.0088.05/2017, possibilitou os primeiros contatos da IC com o território para realizar visitas de campo e também aproximação com a equipe da USF nas reuniões de equipe, principalmente pelo fato da pesquisa mencionada possuir pautas nas reuniões e, portanto, a possibilidade de falar e abrir debates. De todo modo, o TCC seguiu essa na mesma lógica de negociações com a coordenação do serviço e inserção em reunião de equipe e num grupo da USF, destinado a pessoas hipertensão e Diabetes - HiperDia.

6.1- O TRABALHO DE CAMPO E PRODUÇÃO DOS DADOS

1ª ETAPA

Após a aprovação do CEP, cumpriu-se dois momentos durante a reunião de equipe da USF, aqui destaca-se a primeira etapa. Realizamos o primeiro encontro com uma roda de conversa, com o objetivo de saber qual conhecimentos/entendimentos e percepções os mesmos possuem sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). No momento de construção deste projeto a equipe de saúde era composta por 14 profissionais: 6 ACS, 1 médica generalista, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, 1 dentista, 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), 1 chefe de sessão e 1 chefe administrativo. Na Unidade temos também profissionais da recepção e da limpeza que são tercerizados. No decorrer do tempo da pesquisa, a composição dos profissionais passou por ajustes decorrente a afastamentos, licenças e concurso público para as ACS da Prefeitura do município de Santos, que resultou num esvaziamento dessas funcionárias nos serviços de saúde ao serem demitidas. Na data da roda da conversa estavam presentes apenas 7 trabalhadoras: 1 ACS, 1 dentista, 1 ASB, 1 chefe administrativo, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, que naquele momento preenchiam o quadro de funcionários. Todos presentes na reunião foram convidados a participar da pesquisa e 05 assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (anexo), pois o dentista e a ASB não quiseram participar da nossa discussão.

O roteiro (anexo) intitulado como “Falando e conhecendo a PNSIPN” foi planejado para alguns momentos que consista em:

1. Apresentar a pesquisa os seus objetivos de estudo e o pesquisador, além de convidar os presentes para participação e assinatura do TCLE;
2. Conduzir a roda de conversa que foi organizada em: primeiro, iniciar a conversa com a pergunta “O que você sabe sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?”
3. Realizar a dinâmica, que foi gravada e transcrita, era composta por três perguntas: “Pra você o que é igualdade racial?” “Racismo faz mal à saúde, por que?” “Como você acha que a PNSIPN pode contribuir para a saúde da comunidade?” e cada funcionário era sorteado a responder e tinha que escolher outra pessoa para responder a mesma pergunta.

Esta roda de conversa buscou uma aproximação do pesquisador com os trabalhadores da equipe de saúde, reforçando a ideia de que alguns dos possíveis resultados da pesquisa são construídos no processo desta.

2ª ETAPA

Nesta etapa contou com dois momentos, uma 2ª roda de conversa com a equipe de saúde e uma roda de conversa com usuários do grupo HiperDia da unidade.

A segunda roda de conversa com a equipe, também ocorreu durante uma reunião de equipe dos profissionais da USF, alguns meses após a primeira etapa acima descrita, e tinha como objetivo realizar um resgate em torno do que já tinha sido debatido, reaver as percepções sobre a PNSIPN e trazer mais elementos sobre a mesma, que pautasse seus princípios e diretrizes. Esse encontro se configurou em uma roda de conversa. Na data estavam presente as mesmas profissionais que participaram do primeiro encontro, com a presença de mais duas ACS, admitas pela concurso público da Prefeitura municipal de Santos, que foram convidadas a participar e assinaram o TCLE.

O roteiro (anexo) intitulado como “Princípios e Diretrizes da PNSIPN” consistia em:

1. Apresentar o pesquisador, a pesquisa e seus objetivos para as novas funcionárias; convidá-las para participação e assinatura do TCLE;
2. Resgatar e dar continuidade no debate durante a roda de conversa sobre a PNSIPN, perguntando quais percepção/impressões tinham ficado a partir do último encontro;
3. Trazer trechos do diário de campo e do áudio transcrito do último encontro
4. Realizar a leitura dos princípios e diretrizes da PNSIPN;

Essa roda de conversa buscou dar continuidade nos objetivos da pesquisa, com a reaproximação da PNSIPN junto com os profissionais da unidade, trazendo fundamentos teóricos e percepções mediante os trechos, e procurar pensar em ações nas práticas, além de propor levar o debate para a comunidade.

Num segundo momento desta etapa, finalizando o trabalho em campo, após negociação com a coordenação da USF, acertou-se a inserção pontual do pesquisador, num grupo da unidade, o HiperDia que é frequentado por pessoas hipertensas e Diabéticas, que acontece todas as terças-feiras no horário da manhã. A inserção seria na sala de espera, enquanto os usuários aguardavam para serem atendidos pela médica generalista. A fim de prosseguir com os objetivos do estudo em ampliar o diálogo em

torno da PNSIPN, para esse encontro, utilizou-se um roteiro de perguntas (anexo) baseado no roteiro da primeira etapa, com pequenas adaptações.

A finalidade era em saber qual conhecimentos/entendimentos e percepções sobre a PNSIPN. Na data, estavam presentes um número pequeno de usuários do serviço, que se não aceitaram assinar o TCLE, porém aceitaram responder as perguntas do roteiro enquanto aguardavam o chamado da consulta médica.

Todo este processo foi registrado num Diário de Campo que acompanhou o pesquisador durante todo o processo da pesquisa. Segundo Pezzato e L'Abbate (2011, p. 1302)

O diário, como técnica de registro do trabalho de campo, pode estar vinculado a diferentes abordagens teórico-metodológicas”. As autoras afirmam também que é no exercício do registro da experiência vivida no diário é que encontramos “um pesquisador implicado com e na pesquisa, e que reflete sobre e com sua atividade de diarista.

6.2- ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS

De acordo com Pezzato e L'Abbate (2011, p. 1299), [...] “Analisar, refletir e escrever sobre as experiências dos sujeitos integrantes desse grupo nos fez assumir o lugar de quem narra os registros produzidos, as intencionalidades e interlocuções entre os sujeitos, responsabilizando-nos pelo discurso neles constituído.”

A produção dos dados contou com visitas à campo, duas rodas de conversa com a equipe e uma com usuários, e diários de campo produzidos ao longo da pesquisa. Além disso, as rodas de conversas foram gravadas em áudio e transcrita, de acordo com anuência dos participantes.

A Análise do conteúdo (AC), muitas vezes é referida como sendo uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicável ao seu contexto social (CAREGNATO; MUTTI; 2006). A análise dos dados se deu por meio de discussões e reflexões acerca do material produzido nos momentos citados anteriormente, em que foram feitas aproximações e reflexões com os referenciais teóricos utilizados no estudo, durante todo o processo, pois conforme afirma Gomes (2001, p. 68), “Na medida em que estamos tratando de análise em pesquisa qualitativa, não devemos nos esquecer de

que, apesar de mencionarmos uma fase distinta com a denominação "análise", durante a fase de coleta de dados a análise já poderá estar ocorrendo”.

O estudo do material produzido nas rodas de conversas, permitiu identificar e categorizar os atributos que equipe e usuários associam a PNSIPN. Destacamos aqui:

- 1- Desconhecimento da PNSIPN;
- 2- Mito da democracia racial: “somos todos iguais”;
- 3- Dificuldade em pensar/concretizar em ações as diretrizes da PNSIPN.

6.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Por se tratar de um estudo que prevê a participação voluntária de sujeitos, existe a possibilidade de haver recusas ou desistência. Nesse sentido, está previsto contato prévio do pesquisador com os participantes, com o intuito de favorecer o vínculo e esclarecimento de dúvidas sobre o estudo.

Neste sentido todos os procedimentos éticos serão cumpridos, de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes receberão o termo de consentimento livre e esclarecido- TCLE, com explicação dos propósitos deste estudo para obtermos a anuência ou não dos mesmos em participar da pesquisa. No estudo, usamos a sigla “T” para identificar os (as) trabalhadores da equipe, e a numeração “T1”, “T2”, etc., para distinguir as falas. Não usaremos as falas dos usuários que não assinaram o TCLE, para cumprir os procedimentos éticos.

7- DISCUSSÃO E ANÁLISE

Conhecer a percepção dos profissionais e usuários, em relação as políticas de saúde é essencial para avaliação das ações que vem sendo desenvolvidas nos serviços de atenção à saúde, além de servir como vetor de direcionamento e planejamento para o trabalho. No presente estudo, foi possível realizar uma aproximação dos sentidos e percepções atribuídos pelos profissionais e usuários da USF à PNSIPN a partir do diálogo, proporcionado nas rodas de conversas realizadas na própria unidade. Após análise do conteúdo produzido, foi possível categorizar as percepção em torno da temática em 03 (três) dimensões: Desconhecimento da PNSIPN; Mito da democracia racial e dificuldade em pensar/concretizar em ações as diretrizes da PNSIPN.

Para dar significado nas categorias, serão reproduzidas aqui as falas dos (as) trabalhadores em transcrição e trecho do diário de pesquisa, identificados por siglas, preservando, assim, seus nomes, conforme estabelecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as siglas utilizadas será “T: trabalhador”, seguidas de números, tendo o resgate das falas ocorrido a partir da gravação da roda de conversa e do diário de pesquisa, conforme previa o estudo.

7.1- DESCONHECIMENTO DA PNSIPN

Foram dois momentos com a equipe, e apenas um com os usuários. A primeira roda de conversa marcada pela apresentação da PNSIPN para os profissionais, que inicialmente já alegavam desconhecimento da própria, onde em seguida, passou a ser debatida, e de um certo modo, minimamente aproximando os trabalhadores com a discussão étnico-racial dentro do serviço de saúde, por justamente inserir essa pauta na reunião, fez com que, no decorrer da roda de conversa tivéssemos o seguintes posicionamentos:

- “[...] aparece outros questionamentos: “Mas como se dá essa política? Vamos supor, na hora do agendamento de consulta a gente teria que fazer uma cotas para eles? e a mesma pessoa aproveita a fala para falar sua opinião, entretanto, sua opinião contraria as cotas raciais, dizendo que “todas as pessoas tem as mesmas condições e que as cotas é quem separa as pessoas e legitima o preconceito.” (Diário de pesquisa, 11-04-18);
- T1: “Como você acha que a Política de saúde da população negra influenciaria no seu dia a dia no trabalho? “Boa pergunta... Difícil responder quando não se vê diferença” (transcrição, 11-04-18); (T1, 1ª. Roda de conversa)

- T2: “Fica difícil de responder. É agora olhando pela questão doença que ele falou” (transcrição, 11-04-18); (T2, 1ª Roda de conversa)
- “[...]Pergunto para as novas ACS se conheciam ou se já tinham ouvido falar da PNSIPN, e elas sem hesitar respondem que não, e que não sabiam responder para o que serviam após eu perguntar”. (Diário de pesquisa, 24/10/18)

Na roda de conversa com os usuários do serviço, tinha-se o objetivo de também iniciar uma conversa sobre a PNSIPN, que fosse capaz de aproximar o pesquisador com usuários dos serviços, e também com as percepções atribuídas a saúde da população negra e com uma política de saúde, destinadas para esses sujeitos pode contribuir para a integralidade do cuidado em saúde. Para isso, utilizou-se o praticamente o mesmo roteiro da 1ª roda de conversa. Tivemos espaço para iniciar a inserção no grupo, numa sala de espera da USF, enquanto aguardavam para o atendimento médico, a rotatividade da sala, falta de tempo e de interesse em participar do estudo, foi a maior barreira encontrada, resultando numa conversa rasa, sem produção de dado, sem maiores significado e interesse em prosseguir.

Apesar de ser um marco para a saúde da população negra, nota-se que ainda nos dias de hoje a PNSIPN não está presente no cotidiano do serviço da USF. O desconhecimento dos profissionais sobre a PNSIPN e suas funções, é reflexo de uma sociedade, gestão, município, conselhos, e outras instâncias, que não debate e coloca em pauta as diretrizes e princípios da política.

Discussões em torno da temática étnico-racial em suma, tem como característica a dificuldade tanto em serem levantadas quanto ao efetivar o debate. Pautar as relações raciais no Brasil é certamente um tema que traz à tona muitas discussões, pois esse debate racial perpassa pela trajetória histórica em diversos seguimentos, desde período da escravização, como também na constituição, na academia, movimentos sociais, e etc. Na esfera científica também depara-se com essa realidade, pois ao realizar uma simples revisão da literatura especializada no Brasil encontra-se a baixa frequência que a saúde da população negra e a PNSIPN tem nos periódicos nacionais dedicados às Ciências da Saúde. Nos periódicos oficiais do município de Santos, o cenário também não difere ao não encontrar dados populacionais desagregados por cor. Logo, ao propor e levantar a discussão em torno da PNSIPN e consequentemente da saúde da população negra, diante de uma sociedade que carrega a marca de minimamente debater sobre, estabelece então a primeira barreira nesse primeiro contato com os profissionais. Falar de uma

política direcionada para a saúde da população negra, é falar também do reconhecimento do racismo, e essa pode ser considerada uma das etapas mais difíceis, pois a sociedade em geral nega a sua existência e tem uma visão equivocada acerca das diferenças existentes entre os grupos étnicos-raciais (BRASIL, 2009). Segundo Werneck (2016), é preciso o reconhecimento do racismo em sua dimensão ideológica que conforma as relações de poder na sociedade, participando, portanto, das políticas públicas, uma vez que estas estão entre os mecanismos de redistribuição de poder e riqueza existentes.

O racismo incide de múltiplas formas, em geral, de maneira implícita, por isso é preciso compreender e identificar os seus mecanismos de funcionamento. Ele se materializa por intermédio da discriminação, que é um fenômeno social intrínseco às relações, com símbolos e códigos utilizados para a perpetuação das desigualdades. Trata-se, então, de transformar os nossos próprios valores, crenças e concepções acerca dos diferentes grupos étnico-raciais (BRASIL, 2009, p.30).

7.2- MITO DA DEMOCRACIA RACIAL: “SOMOS TODOS IGUAIS”

A segunda categoria, se refere, diante de tais posicionamentos:

- T2: “A gente não vê diferença nenhuma entre brancos e pretos” (diário de campo, 11-04-18);
- T3: “Olha, eu acho que a gente talvez, não tenha essa separação, a gente sempre trata a pessoas como um humano, trata-lo como ser humano, mas as vezes o que eu sinto é que as pessoas já vem de outro lugar” (diário de pesquisa, 11-04-18);
- T5: “Com esse sofrimento, ah essa taxa: você é branco, você é preto, você é pobre ou você é fedido, ou então aqui não dá pra ser atendido então vai procurar outro lugar, as vezes acontece assim: “Não, você é do Santa Maria, vai lá para o Santa Maria” Isso também é um preconceito pra mim” (diário de pesquisa, 11-04-18).

Contudo, nos discursos é possível perceber o ‘mito da democracia racial’, aquele que é motivado pela justificativa que não existe racismo no Brasil e, portanto uma política específica para a população negra estaria privilegiando esse grupo. Uma ideia equivocada, que naturaliza as iniquidades produzidas, além de anular os dados que

indicam a ampla disparidade e o tratamento desigual no SUS, principalmente quando comparados entre a população branca. Dado as desigualdades que assolam o Brasil, podemos afirmar que não somos todos iguais, não nascemos das mesma formas e partilhando da mesmas oportunidades. Ribeiro, (2017), nos ajuda a pensar em seu livro “O que é lugar de fala?”, o aspecto do ‘mito da igualdade racial’, quando nos convida a maturar a necessidade de reconhecermos nossas diferenças e não mais vê-las como algo negativo.

O problema seria quando as diferenças significam desigualdades. O não reconhecimento de que partimos de lugares diferentes, posto que experienciamos gênero de modo diferente leva a legitimação de um discurso excludente, pois não visibiliza outras formas de ser mulher no mundo (RIBEIRO, 2017, pag. 51).

A concepção de democracia racial colaborou (e colabora) para a produção de representações sobre uma suposta convivência harmoniosa entre as etnias brasileiras, onde por exemplo, pessoas brancas e negras tivessem o mesmo ponto de partida em oportunidades, que ambos usufruem de iguais possibilidades de acesso, e principalmente de existência. Contudo, essas representações são ideológicas e estão a serviço da manutenção de uma lógica social excludente que impossibilita o tratamento adequado de problemas sociais oriundos das relações raciais no Brasil. (DOMINGOS, 2005)

Quando falamos de pontos de partida, não estamos falando de experiências de indivíduos necessariamente, mas das condições sociais que permitem ou não que esses grupos acessem lugares de cidadania. Seria, principalmente, um debate estrutural. Não se trataria de afirmar as experiências individuais, mas de entender como o lugar social que certos grupos ocupam restringem oportunidades (RIBEIRO, 2017).

A segunda roda de conversa com a equipe, também aconteceu durante uma reunião de sessão, e tinha como objetivo dar continuidade na aproximação e efetivação da pauta étnico-racial e principalmente a PNSIPN para dentro desse serviço de saúde. Agora já sabendo da existência da política, o debate giraria em torno de um aprofundamento em relação aos princípios e diretrizes da mesma, para assim, trazer elementos que fosse capaz de gerar reflexão sobre tais processos na prática. Conhecer e apropriar-se da PNSIPN, a ponto que ela possa contribuir no dia-a-dia do trabalho em saúde implica em ter ciência, conforme WERNECK, 2018:

Reconhecer que, como campo de pesquisa, formulação e ação, a saúde da população negra se justifica: pela participação expressiva da população negra no conjunto da população brasileira; por sua presença majoritária entre usuários do Sistema Único de Saúde; por apresentarem os piores indicadores sociais e de saúde, verificáveis a partir da desagregação de dados segundo raça/cor; pela necessidade de consolidação do compromisso do sistema com a universalidade, integralidade e equidade (Werneck, 2016, 539).

Trazendo aqui, alguns trechos do diário de campo desse segundo momento, onde o resgate da temática com a equipe, observa-se, conforme a análise do conteúdo, que as funcionárias recém admitas, que não participaram da primeira roda de conversa, alegam desconhecimento da PNSIPN e inicialmente não compreendem sua função, porém o restante das participantes adotaram um discurso pouco diferente do primeiro momento. Vemos isso em:

- “[...] Pergunto para as novas ACS se conheciam ou se já tinham ouvido falar da PNSIPN, e elas sem hesitar respondem que não, e que não sabiam responder para o que serviam após eu perguntar”. (Diário de pesquisa, 24/10/18)
- “[...] O primeiro trecho, era uma resposta, afirmando que o racismo faz mal à saúde, e todas presentes concordaram, reconhecendo a existência do racismo, as diferenças e entre brancos e pretos, comentaram sobre a ocupação Nova Israel, entretanto não reconhecem como essas diferenças aparecem no serviço, principalmente na hora do atendimento”. (Diário de pesquisa, 24/10/18)
- “[...] I., que em falas anteriores se mostrava favorável à política, diferente do outro encontro, nesse momento resgatou o mesmo discurso que teve no outro encontro, comparando a PNSIPN com o sistema de cotas raciais das universidades federais, onde se mostrava contrária ao sistema. [...] Para ela, cotas raciais afirma o racismo ao beneficiar pessoas pretas e pardas”. (Diário de pesquisa, 24/10/2018)
- “[...] tópicos das diretrizes da política em relação ao quesito cor nos sistemas de informação e pergunto o que elas têm a dizer sobre, elas respondem que isso pode ajudar a entender mais sobre as doenças que mais acometem a população do morro, usamos como exemplo a doença falciforme e o grupo

de pessoas hipertensas, e elas com lidaram como uma ação simples, pois perguntar a cor de alguém não é ofensivo, concordei com elas”. (Diário de pesquisa, 24/10/2018)

7.3- DIFICULDADE EM PENSAR/CONCRETIZAR AÇÕES AS DIRETRIZES DA PNSIPN

Diferente da primeira roda de conversa, o reconhecimento do racismo como um precursor de saúde-doença aparece no discurso das profissionais presentes, e é encarado pelo pesquisador como um passo dado em relação aos objetivos da pesquisa. Entretanto, ainda que, seja um aspecto positivo associado a aproximação da equipe e PNSIPN, percebe-se, que ele por si só, não é suficiente para dar subsídios de incorporar essa teoria na prática. Dar continuidade na pesquisa e também outras novas, que possam prosseguir com o debate e também propor ações, pois ficou evidente que o profissional tende a não perceber a discriminação ou a insistir em sua inexistência, contribuindo, assim, para a inação do sistema frente à discriminação e, conseqüentemente, para sua manutenção e ampliação.

Diante desse contexto de relatos, é indispensável resgatar a importância sobre políticas públicas em saúde, construída e voltadas ao desafio da redução das desigualdades, inclusive sobre questão raciais, que não tem intenção de legitimar o preconceito como trago no relato da roda de conversa. Uma vez que, os princípios do SUS – universalidade do acesso, integralidade, equidade-, certificaremos que os serviços deveriam ser oferecidos de forma justa, de acordo com a demanda e levando-se em conta o indivíduo, a coletividade e o meio. Ou seja, a complexidade do problema de cada usuário (a) deveria sempre determinar o tipo de atendimento, e garantir igualdade na concessão de benefícios e serviços para cada um segundo suas necessidades, considerando que essas podem ser diferentes. ‘Tratar diferentemente os desiguais’ sem que isso reverta em privilégios ou discriminação (BRASIL, 2009).

Essa reflexão nos coloca diante de um cenário delicado que, por um lado, aponta a existência do racismo e da discriminação e, por outro, explicita a ineficácia do atendimento igualitário quando este não corresponde as reais necessidades dos (as) usuários (as).

Quando trazemos esse debate para o terapeuta ocupacional, antes de tudo, compreende-se que ele não restringe apenas para a profissão em questão, pois entendemos que, o debate racial e principalmente o combate as iniquidades produzidas decorrente do racismo, é uma responsabilidade interdisciplinar, que envolve todos os setores da saúde, instituições e sociedade civil. Coube aqui, salientar a emergência de se produzir instrumentos para categoria, que seja capaz de firmar o compromisso ético racial, e que principalmente, desconstrua essa lógica racista. Exemplo disso, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), elabora para a categoria e à sociedade o documento “Relações Raciais: Referências Técnicas para a Prática da (o) Psicóloga (o)”, em resposta a baixa frequência de produção de instrumentos para a prática, possibilitando visibilidade para a PNSIPN, e firmando o compromisso de combate ao racismo. Sendo assim, vemos:

Ao propor referências para o profissional de saúde em políticas públicas com atenção devida às relações raciais, é fundamental analisar o papel das políticas públicas em relação à temática, para que o profissional tenha uma atuação comprometida com as necessidades da população brasileira. É importante debater sobre a natureza das ações desenvolvidas nos diversos serviços e como podem essas ações contemplar efetivamente o recorte racial oferecendo às(aos) usuárias uma atuação condizente com cada pessoa e cada contexto, podendo, ainda contribuir com esse olhar diferenciado em atuações interdisciplinares e estando de acordo com os princípios éticos que norteiam a prática do profissional (CFP, 2017).

A Terapia Ocupacional está presente em muitos campos de atuação, onde é capaz de realizar intervenções na área da saúde, educação, assistência, trabalho, esporte, cultura, clínica, etc. O que pode nos levar a pensar sobre a pluralidade presente na prática, diante disso, questões surgem; é importante sempre nos questionarmos do nosso compromisso ético-político? Quais ferramentas disponíveis para intervenção no campo das relações raciais nos mais diversos contextos? Estão realmente realizando para uma atuação inclusiva? Como são abordados os mais diversos sofrimentos psíquicos?

Trazer esse debate para a terapia ocupacional, faz-se necessário, pois é uma profissão que estabelece estratégias para estimular, desenvolver ou potencializar “a

participação social de pessoas, grupos sociais e comunidades que experimentam impedimentos ou se confrontam com obstáculos para realizar atividades significativas para si e para o seu meio social, que busca, potencializar a autonomia e a emancipação desses sujeitos, além que a terapeuta ocupacional, entende que os seres humanos são seres ocupacionais, e que por isso, as ocupações caracteriza as atividades estruturante da vida cotidiana, carregada de crença, valores, significado, subjetividade, etc, em outras palavras (FARIAS; LEITE; COSTA, 2018).

A ocupação humana se constrói dentro de um cotidiano multifacetado, que se regula a partir de atividades realizadas pelos sujeitos – “sendo estas a sustentação da reprodução essencial da vida social, cultural e econômica, comunitária, grupal, familiar ou individual” (p.54)¹² –, e se dá em âmbito interpessoal, institucional e depende diretamente dos processos pessoais/internalizados (FARIAS; LEITE; COSTA, 2018).

Compreendemos que, as ocupações de pessoas negras, são diretamente marcas pela presença e prática do racismo e da desigualdade racial, que permeia tais relações. Entendendo que a Terapia Ocupacional possui o fazer da atividade/ocupação como o principal instrumento de trabalho, reconhece que raça se estabelece como uma fonte de coerção a atividades e ocupações significativas para a população negra. Cabe ao terapeuta ocupacional “a necessidade se olhar para esse determinante social, que gera injustiças ocupacionais, tendo como foco uma ação emancipatória antirracista” (FARIAS; LEITE; COSTA, 2018).

Procurando maturar como a Terapia Ocupacional pode contribuir para a questões étnicos raciais, observamos que, sua própria essência/princípios, à leva ao compromisso de um olhar atento as ocupações dos sujeitos negros. Contudo, ainda que tímido, existe produções na terapia ocupacional que atravessam e contribuem para o debate aqui proposto, no sentido de criam condições e possibilidades em dar visibilidade às pautas, e necessidades da população negra. Destacando algumas referências de produções que nos ajudam e colaboram em diminuir iniquidades;

- Terapia Ocupacional e população negra: possibilidades para o enfrentamento do racismo e desigualdade racial (FARIAS; LEITE; COSTA, 2018);
- Percursos etnográficos em narrativas com mulheres africanas em São Paulo: atividades como possibilidades econômicas (SATO. MIKI, 2017);

- Saúde dos povos de terreiro, práticas de cuidado e terapia ocupacional: um diálogo possível? (FRANÇA, M. M. L.; QUEIROZ, S. B.; BEZERRA, W., 2016);
- Olhares em formação: refletindo a prática da terapia ocupacional em um contexto cultural a partir de experiências com povos indígenas (MACEDO, M. D. C. ET AL. 2016).

Este estudo teve como finalidade colaborar com o enfrentamento do racismo, ao dar visibilidade a PNSIPN, e seus delineamento de uma sociedade radicalmente igualitária e, notadamente, dar subsídios para que terapeutas ocupacionais e outros profissionais da saúde em seus diferentes campos de atuação possam reconhecer, pensar e se posicionar diante a desigualdade racial. Partimos do princípio que compreender as relações raciais no Brasil é uma tarefa que implica todos, e como tal, é para todos.

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou contribuir para a compreensão e reflexão das diretrizes do SUS e da importância da PNSIPN como um rico instrumento para os serviços de saúde e como sua implantação pode vir a combater ao racismo institucional. Porém, pudemos perceber que o racismo continua presente nos discursos e práticas dos profissionais de saúde da referida equipe que suas falas são direcionadas ao mito da democracia racial, e ainda há muito por fazer para que os profissionais se apropriem das necessidades de saúde da população negra bem como, da PNSIPN. Ao refletir acerca da temática abordada, percebe-se que o sentido majoritário atribuído à PNSIPN permeia pelo mito da democracia racial discriminatória e da falsa igualdade de uma população desigual, e isso, resulta na dificuldade em colocar em prática as diretrizes que a política preconiza.

Realizou-se ações de visibilidade e educação com usuários e profissionais, no intuito de informar, trocar conhecimento e instigar a reflexão sobre a PNSIPN, para que dessa forma, “possa ser conhecido as reais demandas e especificidades da população atendida para que tenham condições de oferecer atendimento integral que contemple uma noção de saúde ampliada” (GRANDI; DIAS; GLIMM, 2013 p. 589).

Iniciar o processo de implementação de ações que contemplem a Política por meio da discussão com os trabalhadores dos serviços é uma estratégia potente para que se pactuem as mudanças necessárias à qualificação do atendimento (GRANDI; DIAS; GLIMM, 2013).

A pesquisa cumpriu seus objetivos, criando um espaço para o diálogo, aproximação e para o conhecimento da PNSIPN, mesmo que ainda deparasse com discursos contrários ditos como opinião. É bom ressaltar que racismo, segundo Lopes (2004), é uma programação social, as pessoas reproduzem, consciente ou inconsciente, atitudes racistas, que, em certos casos, são inteiramente opostas à sua opinião.

Espera-se que o debate e reflexões gerada nas rodas de conversas venha a atribuir novos sentidos acerca da PNSIPN e que influencie diretamente no serviço, pois a luta contra a discriminação racial é dever dos cidadãos, e os profissionais inseridos no SUS tem como tarefa a ser executada em efetivar a política e enfrentar o preconceito e racismo institucional nos serviços de saúde.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATISTELLA, C. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde: O território e o processo saúde doença**, In.: Fonseca, AF; Corbo, AD (orgs). *O território e o Processo Saúde Doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 51-86.
- BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. **Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra**. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, out/dez 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a16v37n99>>. Acesso em: 15 Mai. 2017.
- BOSI, M. L. M. **Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, mar. 2012.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.
- BRASIL. **Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, DF: Seppir, 2007.
- BRASIL. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. **Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, DF, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento Nacional. Desenvolvimento Humano para Além das Médias: 2017**. – Brasília : PNUD : IPEA: FJP, 2017. 19 p.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf> Acesso em 04 julho. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de abril de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 abr. 2011

CAREGNATO, R.C.A; MUTTI, R. **Pesquisa qualitativa : análise do discurso versus análise de conteúdo.** *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, v. 15, n.4, Out-Dez, 2006.

CHOR, D.; LIMA, C.R.A. **Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5):1586-1594, set-out, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a06v8n15>>. Acesso: 15 Mai. 2017

CRI. **Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional.** Brasília: CRI, 2006.

CFP. **Relações Raciais: Referências Técnicas para atuação de psicólogos/as.** Brasília: CFP, 2017.

DOS. **Diário Oficial de Santos. Lei complementar no 5445 de 2011.** p.15. Ano XXIII, 12 de julho de 2011. Disponível em: www.santos.sp.gov.br

FARIAS MN; LEITE JUNIOR JD; COSTA IRBB. **Terapia Ocupacional e população negra: possibilidades para o enfrentamento do racismo e desigualdade racial.** *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* Rio de Janeiro. 2018, v.2(1): 228-243.

FRANÇA, M. M. L.; QUEIROZ, S. B.; BEZERRA, W. C. **Saúde dos povos de terreiro, práticas de cuidado e terapia ocupacional: um diálogo possível?** *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 24, n. 1, p. 105-116, 2016

GRANDI, J.; DIAS, M. T. G.; GLIMM, S. **Percepções daqueles que perguntam: - qual a sua cor?.** *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 588-596, out/dez 2013. Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a06v37n99>>. Acesso em: 15 Mai. 2017.

GELEDÉS – INSTITUTO DA MULHER NEGRA (Org.). **Guia de enfrentamento do racismo institucional.** Brasília: Geledés; ONU, 2013. Disponível em: < <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf> >

GOMES, K.O. et al. **Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9):1829-1842, set, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a22v29n9>>. Acesso: 15 Mai. 2017

GOMES, R. **Análises dos dados de pesquisa**. In.: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 67-79.

IANNI, O. **Dialética das relações raciais**. ESTUDOS AVANÇADOS 18 (50), p.23 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ea/v18n50/a03v1850.pdf>>

KALCKMANN, S.; SANTOS, C.G.; BATISTA, L.E.; CRUZ, V.M. **Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?** Saúde Soc 2007; 16:146-55.

LAGO, E.R.L.; CRUZ, R.R. Atención Primaria de Salud y medicina general integral. In: SINTES, R.A. Temas de medicina general integral. La Habana: Ciências médicas, 2001. p.07-28.

Paiva, L. F. A. et al **A Terapia Ocupacional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e comunidade A Terapia Ocupacional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 595-600, 2013

LÓPEZ, L.C. **O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0412>>. Acesso em: 15 Mai.2017.

LOPES, F. **Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1596-1601, set./ out. 2005b

LOPES, F. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**. In: BRASIL. Fundação Nacional De Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005. p.16.

MACEDO, M. D. C. et al **Olhares em formação: refletindo a prática da terapia ocupacional em um contexto cultural a partir de experiências com povos indígenas**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 77-89, 2016

NUNES, E. F. S. **Novas perspectivas no cotidiano do TO na rede básica de saúde**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 11., 2009, Fortaleza. Anais... Fortaleza: Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Ceará, 2009

PEZZATO, L. M., L'ABBATE, S. **O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva.** Physis (UERJ. Impresso). v.21, p.1297 - 1314, 2011.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** – Belo Horizonte (MG); Letramento: Justificando, p.30. 2017.

SANTOS, J. E.; SANTOS, G. C. S. **Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563-570, out/dez 2013.

SATO, Miki. **Percursos etnográficos em narrativas com mulheres africanas em São Paulo: atividades como possibilidades econômicas.** *Revista África(s)*, v. 04, n. 08, p. 115-140, jul./dez. 2017

SANTOS. **Secretaria de direitos humanos e cidadania.** Disponível em? http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/igualdade_racial/noticias/?p=243764. Acessado em: 20 de maio de 2018.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – versão 2010. Disponível em: http://www.iprsipvs.seade.gov.br/view/pdf/ipvs/principais_resultados.pdf

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A. **Modelos assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas.** In: MOROSINI, M.M.V.; CORBO, A.D. (orgs.). Modelos de Atenção e Saúde da Família. EPJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>

VELOSO, G.M. **Cotas na universidade pública: direito ou privilégio?** UniMontes Científica, Montes Claros, v.8, n.2, jul./dez., 2006.

WERNECK, J. **Racismo institucional e saúde da população negra.** Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

WERNECK, J. **Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá,** Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: BRASIL. Fundação Nacional De Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005. p.315-386.

10- ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Profissionais da Unidade.

Título: A política nacional de saúde integral da população negra numa equipe de saúde da família: compartilhando saberes

Pesquisador: Mateus do Amaral Batista. **Orientadora:** Luciane Maria Pezzato

Instituição: Universidade Federal de São Paulo- Instituto de Saúde e Sociedade - UNIFESP.

Número do CAAE:

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (TCLE), visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Essa pesquisa pretende conhecer e compartilhar os saberes acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na equipe da Unidade Saúde da família do Morro Santa Maria, no município de Santos-SP, a fim de propor ações de promoção a saúde aos trabalhadores e usuários da comunidade.

A divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em tcc, congresso acadêmico, com pretensão em revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade. Se solicitado, o pesquisador entrará em contato e poderá divulgar os resultados para os participantes a pesquisa individualmente, assim como para a COFORM-SMS.

Os riscos da sua participação se resumem em torno a desconfortos e possíveis constrangimentos que os grupos focais debateram, às questões serão pertinentes ao tema da pesquisa, respeitando sua privacidade, sendo possível interromper a atividade caso possa gerar algum tipo de constrangimento em você. O desconforto que o poderá sentir é o de compartilhar informações que possa sentir incômodo em falar, entretanto, não será necessário responder a qualquer pergunta ou parte de informações que tenha gerado incomodo, podendo assim, interromper e/ou não responder tais questões.

Os grupos focais aconteceram na Unidade Saúde da Família do Morro Santa Maria, com datas e horários a serem divulgados previamente. Com participação dos profissionais de saúde da USF Santa Maria e moradores do morro Santa Maria no grupo focais. Participaram em torno 14 pessoas. A sua participação na pesquisa não está ligada a nenhuma recompensa material ou financeira, portanto não terá nenhum benefício direto, apenas a possibilidade de contribuir para o entendimento da pesquisa. Também não haverá nenhuma forma de reembolso, visto que não terá nenhum gasto com sua participação na pesquisa. No entanto, de acordo com o art.IV.3, Item h da Resolução 466/2012, haverá *garantia de indenização* diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Declaro que fui devidamente informada/o e esclarecido/a pelo pesquisador sobre a pesquisa “A política nacional de saúde integral da população negra numa equipe de saúde da família: compartilhando saberes”, dos procedimentos nela envolvidos, assim

como dos possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízo ou penalidade.

Nome legível do(a) participante:

RG do participante:_____

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável legal)

_____/_____/_____. Data:

Mateus do Amaral Batista - Pesquisadora responsável

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com:

Responsável pela pesquisa:

Mateus do Amaral Batista. **Orientadora:** Prof. Dra. Luciane Maria Pezzato.

Endereço: Av. Bernardino de Campos, 306, apto 04. Vila Belmiro- Santos-SP. Telefone p/contato: (13) 99656-9153

e-mail: mefilamaral@gmail.com; lucianepezzato@gmail.com

ATENÇÃO: Em caso de dúvidas, sugestões, denúncias e reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo.

Endereço: Rua: Francisco de Castro, 55, Vila Clementino. CEP: 04020-050. São Paulo-SP
Fone: (11) 5571-1062. FAX: (11) 5539-7162. E-mail: cep@unifesp.edu.br

Responsabilidade do Pesquisador:

“Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante”.

Data: ____/____/____.

Mateus do Amaral Batista- Pesquisador Responsável

1º ROTEIRO

ROTEIRO DAS ATIVIDADES EM CAMPO COM PROFISSIONAIS DA USF MORRO SANTA MARIA, SANTOS-SP.

“A política nacional de saúde integral da população negra numa equipe de saúde: compartilhando saberes”

Coordenador: Mateus do Amaral

Apoio: Lais Helena Dutra (pesquisadora e mestranda da Unifesp)

1ª roda de conversa com os profissionais da USF morro Santa Maria.

Local a ser realizado: Unidade de Saúde da Família do morro Santa Maria. Sala de reuniões. Horário a definir.

Roda de conversa: Falando e conhecendo a Política Nacional de Saúde integral de Saúde da População Negra

Data: 23/04/2018. horário: 13:30hs primeira roda de conversa intitulada de “Falando e conhecendo PNSIPN” teve como objetivo em apresentar para quem não conhece a política, além de falarmos sobre seus marcos, objetivos, diretrizes e saúde da população negra.

Duração	Atividade	Material necessário	Responsável
01hs	1) Apresentação da Iniciação Científica e seu objetivo. Perguntar para os trabalhadores: “O que você sabe sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?” Cada um poderá responder de acordo com seu conhecimento. Tempo: 10 minutos	-	Mateus e Lais
1:30hs	2) Perguntas e respostas: Será dado uma bola para o participante, que em seguida irá sortear uma pergunta, após sua resposta ela(e) joga a bola para outro participante responder a mesma pergunta. Serão 3 perguntas: “Pra você o que é igualdade racial?” “Racismo faz mal à saúde, por que?” “Como você acha que a PNSIPN pode contribuir no seu trabalho?” Tempo: 20 minutos	Bola plástica e papel com as perguntas	Mateus e Lais

2º ROTEIRO

ROTEIRO DAS ATIVIDADES EM CAMPO COM PROFISSIONAIS DA UFS MORRO SANTA MARIA, SANTOS-SP.

“A política nacional de saúde integral da população negra numa equipe de saúde: compartilhando saberes”

Coordenador do grupo: Mateus do Amaral

2ª roda de conversa com os profissionais da USF morro Santa Maria.

Local a ser realizado: Unidade de Saúde da Família do morro Santa Maria. Sala de reuniões. As 13:30hs

Roda de conversa: Princípios de Diretrizes da Política Nacional de Saúde integral de Saúde da População Negra

Na data 24/10/18, as 13:30hs, a segunda roda de conversa intitulada de “Princípios e Diretrizes da PNSIPN” teve como objetivo em apresentar a política para as funcionárias que não estavam presentes no primeiro encontro, reaproximar o debate em torno da política com a equipe, resgatando os seus marcos, objetivos, enfatizando as diretrizes e os princípios da mesma. Leitura de trechos transcrito do primeiro encontro, em relação a algumas percepções sobre saúde da população negra e a PNSIPN.

Horário	Atividade	Material necessário	Responsável
13:30hs	1) Reapresentação da pesquisa e seu objetivo. Perguntar para as trabalhadoras que não tinham participado do primeiro encontro: “O que você sabe sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?” Cada um poderá responder de acordo com seu conhecimento. Tempo: 10 minutos	-	Mateus
13:40hs	2) Relembrar as questões levantadas na primeira roda de conversa. Leitura de trechos transcrito de falas e do diário de campo, sobre as percepções em relação a PNSIPN Tempo: 15 minutos	Papel com os trechos impressos	Mateus
13:55	3) Leitura e discussão dos princípios e diretrizes da PNSIPN Tempo: 15 minutos	PNSIPN em PDF, acessada por celular	Mateus

3º ROTEIRO

ROTEIRO DAS ATIVIDADES EM CAMPO COM USUÁRIOS DA USF MORRO SANTA MARIA, SANTOS-SP.

“A política nacional de saúde integral da população negra numa equipe de saúde: compartilhando saberes”

Coordenador: Mateus do Amaral

Apoio: Marina Wanderico (estagiária do curso de Psicologia)

1ª roda de conversa com usuários do grupo HiperDia da USF morro Santa Maria.

Local a ser realizado: Unidade de Saúde da Família do morro Santa Maria, sala de espera

Roda de conversa: Falando e conhecendo a Política Nacional de Saúde integral de Saúde da População Negra com usuários

Data: 06/11/2018 horário:08hs, terceira roda de conversa intitulada de “Falando e conhecendo PNSIPN com usuários” teve como objetivo em apresentar para quem não conhece a política, além de falarmos sobre seus marcos, diretrizes e saúde da população negra.

Duração	Atividade	Material necessário	Responsável
	1) Apresentação do pesquisador, da Iniciação Científica e seu objetivo. Perguntar para os usuários presentes: “Para você o racismo faz mal à saúde, por que?”; “Para você o que é igualdade racial?” “Você conhece a PNSIPN?” “Gostaria de falar algo sobre a PNSIPN?” Cada um poderá responder de acordo com seu conhecimento. Tempo: Até o encerramento do atendimento.	Celular para gravação de áudio	Mateus
Indeterminado			

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Política Nacional de Saúde Integral da população negra numa equipe de saúde da família: compartilhando saberes **Pesquisador:** Luciane Maria Pezzato

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 85036518.3.0000.5505

Instituição Proponente: Instituto de Saúde e Sociedade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.716.408

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n:0263/2018